

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2021 / 97 vom 5. März 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-03-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2021\\_\\_97](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__97)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2021 / 97 du 5 mars 2021

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2021 / 97 del 5 marzo 2021

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, FORCE PROBANTE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES | 28 al. 1 LAI, 7 al. 1 LPGA

## Erwägungen

### E. 5

a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les

références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

## **E. 6**

a) En l'occurrence, le Dr L. \_\_\_\_\_ retient comme diagnostic principal une cyclothymie (F34.0), qui fait partie des troubles de l'humeur persistants et habituellement fluctuants et qui se traduit par une instabilité persistante de l'humeur, comportant de nombreuses périodes de dépression ou d'exaltation légère (hypomanie), mais dont aucune n'est suffisamment sévère ou prolongée pour justifier un diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31) ou de trouble dépressif récurrent (F33). L'expert explique les motifs pour lesquels il a posé ce diagnostic plutôt que celui de trouble bipolaire. Il constate en effet que depuis 2009 à tout le moins, les fluctuations de l'humeur sont toujours présentes, mais ne dépassent pas le seuil qualifiant pour une bipolarité franche, ces fluctuations représentant davantage une toile de fond alimentant une instabilité chronique avec une vulnérabilité au stress. Il reconnaît que le diagnostic différentiel par rapport à une forme modérée de bipolarité de type II n'est pas aisé, mais relève que la fréquence des fluctuations d'intensité modérée, leur courte durée et leur rythmicité soutiennent davantage un diagnostic de cyclothymie (expertise pp. 13-14). De même, l'absence de dépression moyenne, atteinte que l'expert écarte sur la base de ses observations et des témoignages de l'hétéro-anamnèse, renforce le diagnostic de cyclothymie au lieu d'une bipolarité en décompensation (expertise p. 15). L'expert expose ainsi de manière convaincante pourquoi il s'écarte du diagnostic de bipolarité retenu par les psychiatres traitants, dont il a pris les rapports médicaux en compte dans le cadre de son évaluation. L'expert pose en outre les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline depuis le début de l'âge adulte (Z73.1) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F10.2). A nouveau, l'expert explique de manière motivée pourquoi il s'écarte du diagnostic de troubles mixtes de la personnalité posé par le Dr B. \_\_\_\_\_ en novembre 2017. Il mentionne que la recourante a développé une personnalité marquée par la difficulté de gérer son impulsivité, par l'instabilité des représentations sur un plan affectif et par un sentiment de vide occasionnel. Il constate que ces traits borderline sont toutefois restés modérés et n'ont jamais été invalidants, relevant notamment qu'on ne retrouvait ni tendance

auto-dommageable, ni position abandonnique, ni utilisation du clivage ou d'autres défenses archaïques pouvant signer un trouble de personnalité constitué (expertise p. 13). Concernant le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, l'expert indique que les substances psychoactives ont été utilisées comme palliatifs de l'anxiété ressentie et que la dépendance à l'alcool a existé jusqu'à ce que la recourante ait 36 ans, mais qu'elle pouvait actuellement être considérée comme abstinente (expertise p. 13). Au vu de ce qui précède, il se justifie de suivre l'argumentation motivée de l'expert quant à la pose de ces deux diagnostics et à leur caractère non invalidant. b) Comme mentionné plus haut, si le Dr L. \_\_\_\_\_ estime que la cyclothymie présentée par la recourante a des répercussions sur sa capacité de travail, tel n'est pas le cas de l'OAI et du SMR. Il convient donc de procéder à l'examen du caractère invalidant de ce trouble au moyen des indicateurs définis par la jurisprudence, qui s'appliquent désormais à l'ensemble des affections psychiques. aa) Cet examen porte, d'une part, sur le critère de gravité fonctionnelle de l'atteinte. i) S'agissant de l'atteinte à la santé, il y a lieu d'examiner le caractère plus ou moins prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic. En l'occurrence, la fréquence des fluctuations d'intensité modérée, leur courte durée et leur rythmicité ont favorisé la pose du diagnostic de cyclothymie plutôt qu'une forme modérée de bipolarité de type II (expertise p. 14). Compte tenu du degré de sévérité moindre inhérent à ce diagnostic, on ne saurait en déduire un degré de gravité important, limitant par principe l'exercice de toute activité adaptée. A titre de limitations fonctionnelles, l'expert indique que le milieu professionnel doit être peu stressant et peu solliciter les émotions, qu'il doit s'agir de préférence d'une activité intellectuelle ou créative et il cite la gestion de bibliothèque à titre d'exemple (expertise p. 16). Il apparaît que ces limitations résultent avant tout de l'anamnèse recueillie et non des constatations objectives de l'expert. Celui-ci explique toutefois à cet égard qu'il est fréquent que le status soit peu contributif lors des périodes de stabilité relative d'un trouble thymique, comme c'est le cas en l'occurrence (complément d'expertise p. 1). Il retient ainsi chez la recourante l'existence d'une vulnérabilité au stress, de la difficulté à gérer ses émotions et son investissement sans osciller entre enthousiasme excessif et démission, et également un sentiment de vide la poussant au repli (complément d'expertise p. 2). Il reconnaît que ces limitations fonctionnelles n'empêchent pas stricto sensu un travail dans le champ du social, mais plutôt tout emploi impliquant une exposition au stress et à une multitude de contacts humains, que l'expertisée peine à gérer sans se désorganiser. Il faut constater, d'une part, que les limitations fonctionnelles retenues ne sont pas, en tant que telles, particulièrement restrictives et qu'elles permettent l'exercice d'un grand nombre d'activités, y compris dans le champ de compétences de la recourante (complément d'expertise p. 2). D'autre part, il résulte des explications de l'expert que ces limitations fonctionnelles sont avant tout préventives, en vue d'empêcher une dégradation de la thymie de la recourante, qui se trouve dans une période de stabilité relative sur le plan psychique. En cela, on ne saurait considérer que les limitations fonctionnelles retenues comportent un degré de gravité particulier. En ce qui concerne les plaintes de l'assurée, celles-ci sont relativement peu étayées et reposent sur une constante depuis l'enfance, avec l'alternance de périodes de thymie basse à très basse avec des phases plus euphoriques (expertise p. 9). La recourante n'a présenté qu'une seule période maniforme et une seule phase très euphorique en 2009. L'expert fait d'ailleurs remonter le début de la cyclothymie à 2009 (expertise p. 12). Actuellement, la recourante décrit que les fluctuations de l'humeur sont moins intenses. Sans remettre en cause l'impact de ces fluctuations sur la vie quotidienne de la recourante, il ressort toutefois de son

parcours professionnel qu'elle a été, malgré celles-ci, en mesure de travailler de 2009 jusqu'en 2013, en donnant entière satisfaction à son employeur dans une activité à 60 % très variée, à en croire son certificat de travail. Elle a par la suite pu effectuer divers remplacements en milieu scolaire en 2013 et 2014, à un taux d'occupation situé entre 20 à 80 %. Rien au dossier ne permet de comprendre pourquoi son atteinte à la santé aurait tout à coup, à partir de 2015, eu un caractère invalidant. Il en résulte qu'on ne saurait déduire du diagnostic et des symptômes pertinents un degré de gravité important de la maladie. Le succès du traitement ou la résistance au traitement sont également d'importants indicateurs du degré de gravité. Or, on relève en premier lieu que les traitements ne sont en l'occurrence pas d'une grande intensité. Le suivi avec le psychiatre n'est que d'une séance tous les trois mois environ et le suivi par la psychothérapeute a lieu actuellement de manière mensuelle, avec pour objectif de favoriser la réinsertion professionnelle et d'accompagner la recourante dans sa transition de genre (expertise pp. 10-11). L'évolution depuis 2011 est décrite comme étant positive avec une meilleure gestion des fluctuations d'humeur et des ressources internes et externes, même si la vulnérabilité au stress reste importante. Il y a en outre une bonne adhérence à la thérapie (p. 11). Le traitement médicamenteux, constitué d'un antidépresseur à faible dose et d'un anxiolytique en réserve, est un indice supplémentaire permettant de relativiser la gravité du trouble. La posologie était d'ailleurs la même en 2016, selon le rapport des Drs D. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ du 8 décembre 2016. L'expert considère qu'un traitement stabilisateur de l'humeur est nécessaire dans la perspective d'une reprise d'activité en milieu adapté à temps plein (expertise p. 14). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a également envisagé ce traitement, précisant dans son rapport de novembre 2017 que cette question revenait régulièrement dans la discussion, mais que la patiente avait connu des effets secondaires indésirables lorsqu'elle avait déjà bénéficié d'un tel traitement en son temps. Il faut rappeler qu'aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, une diminution de la capacité de gain ne peut être reconnue que lorsque l'atteinte à la santé persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. A la lecture de l'expertise et du rapport du Dr B. \_\_\_\_\_, il apparaît qu'une médication en vue de stabiliser l'humeur de la recourante est indiquée en l'occurrence. Le Dr L. \_\_\_\_\_ précise même qu'il n'y a aucun doute que la reprise d'une activité à plein temps pourra avoir lieu rapidement avec ce traitement (complément d'expertise p. 3). Il appartient dès lors à la recourante de discuter avec son psychiatre traitant des options thérapeutiques disponibles pour stabiliser son humeur, en recourant le cas échéant à d'autres médications que celles utilisées par le passé. S'agissant de la présence d'éventuelles comorbidités, les traits de personnalité émotionnellement labile de la recourante n'en constituent pas une étant donné que le fonctionnement de type borderline n'atteint pas le niveau d'un trouble de la personnalité au sens d'une classification diagnostique reconnue (expertise p. 13). Le Tribunal fédéral a du reste déjà été amené à constater que des traits de personnalité n'avaient en principe pas valeur de maladie psychiatrique (TF 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2 et les références citées, notamment TF 9C\_894/2015 du 25 avril 2016 consid. 5.1). En outre, les substances psychoactives ont été utilisées par la recourante comme palliatifs de l'anxiété ressentie et la dépendance à l'alcool n'est plus d'actualité, la recourante étant abstinente depuis ses 36 ans (expertise p. 13). On ne peut pas déduire de ces éléments que le trouble est grave au point de générer une invalidité. On constate d'ailleurs que l'expert, finalement, admet dans le complément d'expertise que la reprise d'un emploi dans l'ancien domaine d'activité est exigible rapidement à plein temps à condition de prendre le traitement indiqué et que la réserve qu'il a émise par rapport à l'intégration dans une équipe soutenant ne

relève pas du choix du champ d'activité. ii) Sur le plan de la personnalité, comme déjà mentionné, le fonctionnement de type borderline n'atteint pas le niveau d'un trouble de la personnalité. Le Dr L. \_\_\_\_\_ mentionne qu'il retrouve chez la recourante un moi éprouvé par l'instabilité affective, en léger retrait, avec un sentiment de vide qui devient par période envahissant. La recourante décrit une instabilité relationnelle avec des moments de violence verbale et physique, qui est en régression. L'expert relève une intégration partielle du surmoi, qui prend parfois un caractère sadique et punitif, ainsi qu'une représentation du self aux élans victimaires avec sentiment de maltraitance subie pendant son jeune âge (expertise p. 10). Il explique que la recourante a développé ces traits de personnalité dans le cadre d'un milieu familial pathogène, où la gestion de la violence et de l'impulsivité ont été défaillants. Il ressort cependant de cette analyse fouillée et convaincante que le fonctionnement de la recourante n'est pas entravé par les traits de personnalité présents, qui n'ont jamais été invalidants (expertise p. 13). iii) S'agissant du contexte social, on constate que les éléments recueillis tant auprès de la recourante que de ses proches sont favorables. La recourante dispose de bonnes ressources mobilisables tirées de son contexte de vie ainsi que du soutien de son réseau social. Elle n'est pas isolée, elle voit régulièrement des amis et a une relation positive avec sa compagne, avec laquelle elle partage diverses activités (expertise p. 11). La recourante entretient quelques amitiés de longue date et s'est également construit un nouveau réseau à travers le Net sur les questions d'identité du genre (expertise p. 8). Elle bénéficie notamment du soutien d'un ami de longue date, avec qui elle entretient une relation positive et familiale, son ami la considérant « comme un grand frère duquel il est assez proche et en qui il a une confiance totale » (expertise p. 12). bb) L'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » conduit plutôt à nier le caractère sévère et invalidant de la cyclothymie. Pour ce qui est de la cohérence, on constate que les limitations fonctionnelles ne se manifestent pas de la même manière dans la vie professionnelle que dans la vie privée ou, à tout le moins, pas du tout avec la même intensité. La recourante est en effet capable d'effectuer toutes les tâches ménagères et toutes les tâches quotidiennes sans difficulté, alors qu'elle serait totalement incapable de travailler en qualité de sociologue et partiellement incapable de travailler dans une tout autre activité. On constate en outre qu'elle gère bien ses fluctuations d'humeur dans le cadre de ses relations personnelles, sa compagne décrivant une bonne gestion des conflits et son ami de longue date relevant qu'elle est consciente de ses limites en tout temps (expertise pp. 11 et 12), alors que, sur le plan professionnel, ses fluctuations seraient totalement incapacitantes dans son activité habituelle. Les limitations fonctionnelles n'ont ainsi pas une influence identique sur les deux plans. La comparaison des limitations dans le domaine professionnel, qui seraient importantes puisqu'elles ont conduit à retenir une incapacité de travail totale, et dans le domaine privé, qui sont très peu présentes, laisse ainsi apparaître des incohérences profondes. En outre, les niveaux d'activité avant et après l'atteinte à la santé, soit avant et après 2009, semblent équivalents. La recourante a travaillé avant et après cette date, sans que l'on ne constate de changement dans ses capacités de travail à cette époque, hormis un épisode unique de décompensation maniforme sous l'effet d'un stress professionnel intense durant l'année 2009 (expertise p. 13 ; complément d'expertise pp. 1-2). L'expert fait référence aux rapports médicaux des psychiatres traitants, qui attestaient une incapacité de travail depuis 2015, sans toutefois se prononcer lui-même sur ce point. Or on ne décèle pas d'argument permettant de retenir une péjoration de la situation conduisant à une incapacité de travail en 2015. Il ressort des rapports médicaux des médecins traitants que la recourante a présenté un burnout en 2013, qui a occasionné deux courtes périodes d'incapacité de

travail, mais on n'y trouve aucun élément permettant d'expliquer pourquoi la recourante se trouverait en incapacité de travail depuis 2015. Au contraire, la psychothérapeute de la recourante expose que l'évolution est positive depuis le début du suivi, en 2011, avec une meilleure gestion des fluctuations d'humeur et une meilleure utilisation des ressources internes et externes (expertise p. 11). Seule la question de l'identité du genre paraît surgir en 2015 (expertise p. 7), mais sans que cela n'ait d'incidence sur la capacité de travail selon l'expert (expertise p. 13). En conséquence, le caractère invalidant de l'atteinte ne peut pas être retenu sous l'angle de la cohérence. cc) En définitive, l'examen des indicateurs ne permet pas de retenir l'existence d'une atteinte de gravité suffisante pour être invalidante. c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de confirmer la position du SMR, respectivement de l'OAI, à savoir que l'on n'est pas en présence d'une maladie significativement invalidante et qui ne peut être traitée. Non seulement, la gravité de l'atteinte n'est pas suffisante pour considérer qu'elle a une incidence significative et durable sur la capacité de travail, mais en plus, les symptômes peuvent être soignés par un traitement usuel. C'est dès lors à juste titre que l'intimé n'a pas suivi l'appréciation de l'expert sur la qualification « invalidante » de l'atteinte, malgré la valeur probante du rapport pour ce qui concerne les conclusions purement médicales.

#### **E. 7**

Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

#### **E. 8**

a) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). b) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.